

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

N° 294

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert BADIR

Né le 15 septembre 1916, à Mansourah (Egypte)
Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 13 juin 1944

NOTIONS RÉCENTES
UTILES A LA PROPHYLAXIE
DE LA SYPHILIS

Président : M. JOANNON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1944

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BADIR.**

Prénom : **Robert.**

Date de la soutenance : 13 juin 1944.

Numéro d'ordre :

1

BADIR (Robert). — Notions récentes utiles à la prophylaxie de la syphilis. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 56 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1944,
N°.....)

2

BADIR (Robert). — Notions récentes utiles à la prophylaxie de la syphilis. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 56 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1944,
N°.....)

3

BADIR (Robert). — Notions récentes utiles à la prophylaxie de la syphilis. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 56 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1944,
N°.....)

4

BADIR (Robert). — Notions récentes utiles à la prophylaxie de la syphilis. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 56 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1944,
N°.....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert BADIR

Né le 15 septembre 1916, à Mansourah (Egypte)
Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 13 juin 1944

NOTIONS RÉCENTES
UTILES A LA PROPHYLAXIE
DE LA SYPHILIS

Président : M. JOANNON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1944

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY
	RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	BROCC.
	QUÉNU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	N...
	N...
Clinique gynécologique	PORTES.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	LEVEUF.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LOEPER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	SÉNÈQUE.
Clinique de la tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	DONZELOT.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
Professeurs sans chaire	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne.) Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin.) Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		GATELLIER...	
CHEVALLIER....		de GAUDART	
LAROCHE Guy...		d'ALLAINES	
MOREAU		MOULONGUET	
SÉZARY		MOURE	

MM.	
ÉCALLE.....	} Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DOCTEUR ROBERT BADIR

De la Faculté de Médecine de Paris

Diplômé de l'Institut de médecine coloniale de Paris

A MON PÈRE

Avec toute notre reconnaissance et notre gratitude.

A MA MÈRE

Notre pensée n'a jamais cessé de l'évoquer à travers ces années incertaines. Qu'elle veuille trouver ici l'expression d'un amour filial.

A MA FEMME

Dans le malheur comme dans le bonheur elle nous a toujours entouré de sa tendresse.

A MON FILS

En couronnant nos succès, sa présence est le rayon de soleil de notre foyer. Nous souhaitons qu'en parcourant un jour cette brochure, il saura trouver la voie qui nous a dirigé vers la plus humaine des carrières : soulager la souffrance d'autrui.

A MA SOEUR ET MON FRÈRE

Un amour fraternel nous liera toujours.

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. JOANNON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France
Directeur de l'Institut de Puériculture de Vanves
Officier de la Légion d'honneur
Médaille militaire, Croix de guerre

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui exprimons notre reconnaissance et notre profonde considération.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TANON

Membre de l'Académie de Médecine

Conseiller technique sanitaire au Ministère de la Santé publique

Vice-président du Comité consultatif d'Hygiène

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Nous lui exprimons notre profonde admiration.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUMPT

Professeur de Parasitologie à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Directeur de l'Institut de Parasitologie de l'Université de Paris

Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous donna un peu de sa science au
cours des quelques mois d'étude que nous
avons passé dans son laboratoire. Nous lui
exprimons nos remerciements et notre pro-
fonde considération.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS ET MAITRES
DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIWANY BEY

Directeur de la mission universitaire égyptienne en France
Ancien Professeur à la Faculté de Médecine du Caire
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous aida moralement au cours de
nos études. Notre plus vive reconnaissance.*

A MES CONFRÈRES ET AMIS

NOTIONS RÉCENTES UTILES A LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS

Introduction.

La syphilis est une septicémie précoce qui existe déjà très peu de temps après l'introduction dans l'organisme de l'agent causal : le *Treponema pallida* (Schaudinn, 1905).

Les recherches bactériologiques de ces dix dernières années sont parvenues à mettre en évidence la forme filtrante du Tréponème et à l'identifier.

On savait que la forme adulte, mobile, hélicoïdale du *Tr. pallida* traversait les bougies Chamberland jusqu'à L_3 et que la culture filtrée, ne contenant plus de formes adultes décelables, repiquées donnait une culture nouvelle qui aboutissait à la forme adulte hélicoïdale. On admettait l'existence d'un virus d'un ultra-virus... forme de résistance, ou de dégénérescence, capable de donner issue, dans des conditions favorables à la forme découverte par Schaudinn en 1905.

On savait que dans les périodes de latence de la syphilis, alors que les humeurs ne permettent plus

de mettre en évidence le Tréponème, il est cependant possible de contaminer à l'aide de ces humeurs.

Les travaux remarquables de l'école française : Séguin, Manouélian, Simon, Mollinedo... ont mis l'accent sur le rôle prépondérant d'une entité nouvelle : le granule spirochétogène.

Celui-ci, cependant, n'était pas resté inaperçu jusqu'en 1935. Déjà en 1907, Schaudinn avait remarqué dans ses frottis, et figuré, « des cils » ; d'ailleurs dès sa découverte princeps en 1905 Schaudinn admettait un cycle évolutif de Tréponème, sans en soupçonner les phases.

Berger, en 1906, Zettnow (1906) Hoffmann (1908) avaient publié des documents qui ne permettent aucun doute sur la nature réelle de ce qu'ils appelaient des cils ou des filaments terminaux. En 1940, Manouélian a établi que ces formations sont des formes minuscules de *Tr. pallida* : le spirochétogène de *Tr. pallida*. Cette notion nouvelle apporte une grande clarté en syphiligraphie, nous consacrerons un chapitre de notre travail à l'établir.

Les cliniciens ont aussi apporté une contribution importante à la connaissance des troubles morbides syphilitiques, ces dix dernières années. La syphilis occulte, en particulier avec Milian s'est révélée d'une fréquence inouïe et ses stigmates quoique discrets ont fait, de la part de cet auteur, l'objet d'un inventaire long et minutieux.

La thérapeutique de la syphilis est toujours cantonnée à la chimiothérapie. Cependant devant la

recrudescence du nombre des syphilitiques la Commission des maladies vénériennes a cru utile de formuler les principes standard d'un traitement efficace à l'usage des praticiens non syphiligraphes (décembre 1942).

La prophylaxie, elle, est en train de subir une véritable révolution qui, espérons-le, sera fructueuse. Avec les hostilités les grands déplacements des masses humaines, la syphilis est en effet en train d'accuser une recrudescence inquiétante à tel point que les Pouvoirs Publics ont dû prendre une série de mesures visant à enrayer sa propagation.

Sur ce front aussi la France est en péril. Aussi la loi du 31 décembre 1942 complétée par le décret du 20 juillet 1943, crée-t-elle des devoirs impérieux et des obligations nouvelles tant pour les médecins que pour les sujets atteints de maladies vénériennes. Les responsabilités de l'autorité sanitaire ne sont pas moindres.

Après avoir fait état des notions acquises récemment sur l'agent pathogène responsable de la sépticémie syphilitique, nous tenterons le bilan des dommages individuels, familiaux et sociaux qu'elle provoque.

Nous examinerons enfin les différentes mesures propres à empêcher la contamination.

Treponema pallida et spirochétogène.

Le *treponema pallida* a une longueur de 6 à 15 μ et 0,3 à 0,5 μ de largeur. Sur un filament axial existe une membrane ondulante, enroulée de droite à gauche, en escalier, en pas de vis, autour de l'axe. Le nombre des tours de l'hélice varie de 6 à 13.

Il appartient aux spirochètales Buchanan et à la septième classe des Schizomycètes (Prévot 1940), Noguchi a pu le cultiver. Pour Schaudinn, déjà, cet agent pathogène avait un cycle évolutif, en phase active il affectait la forme hélicoïdale, en phase tranquille ou *Ruhestadium* il affectait la forme granulaire. Cette dernière forme persisterait seule pendant les longues périodes de latence de la maladie suivant Prowazek (1907). Pour Balfour (1911) les formes granulaires seraient toutes arsénorésistantes.

Krzystalowicz et Siedlecki, Prowazek, Levaditi et ses élèves, Sésary et ses élèves, etc., ont décrit des formes annulaires, de résistance ou de repos, rencontrées fréquemment dans les périodes peu évolutives de la syphilis.

Sézary, Levaditi, Duboscq et Grassé, etc., ont décrit des formes annulaires de dégénérescence des

spirochètes, dans les milieux de culture, dans les macrophages ou les cellules du système réticulo-endothélial. Prélevées sur les milieux de culture, ces formes en anneaux et en boule ne seraient jamais capables de transmettre la syphilis. Levaditi et Roché en 1909 ont retrouvé ces formes « de souffrance d'involution » au niveau du poumon chez les hérédo-syphilitiques.

Kolle et Schlossberger, en 1927, ont montré que l'inoculation du tréponème pâle à la souris ne détermine aucune modification décelable dans son organisme. Cependant les ganglions de la souris sont très virulents.

Levaditi, Lépine, Li Yuan lo et Schoen, dès 1927, ont formulé l'hypothèse suivante : dans les ganglions des souris syphilitisées il existe une phase infra-visible du tréponème résultant de modifications morphologiques profondes subies par ce dernier.

Cependant, dès 1929 Jahnelt et Prigge ont pu mettre en évidence le tréponème pâle dans les ganglions des souris syphilitisées et en 1937, Stroesco et Vaisman, par une technique particulière d'imprégnation argentine ont pu déceler de nombreux tréponèmes typiques dans le revêtement cutané et le système nerveux périphérique de la souris, sans noter la moindre lésion spécifique : les souris sont atteintes de syphilis inapparente.

En 1930, Séguin a décrit un ultra-virus spiroché-tique formé d'un grain arrondi, argyrophile, muni d'un fin filament terminal et ondulé.

Manouélian a donné à ce corps figuré le nom de granule Spirochétogène, puis de spirochétogène. Dès 1930, cet auteur a pu le déceler dans les différentes lésions syphilitiques humaines et expérimentales.

Séguin a montré que le spirochétogène traversait le filtre Chamberland et pouvait donner des spirochètes si le filtrat estensemencé sur un milieu convenable, renfermant par exemple un bacille qui favorise le développement des spirochètes ; en présence du *Fusocillus schmaminei* les spirochétogènes se développent en huit jours. C'est donc bien un organisme vivant, faisant partie du cycle évolutif du spirochète.

« Chaque espèce de spirochète possède un spirochétogène dont la morphologie moyenne est assez typique et constante pour constituer un caractère distinctif précieux pour la détermination, soit de l'espèce, soit du groupe auquel il appartient » (Séguin).

L'apparition des spirochétogènes dans les milieux de culture varie suivant l'espèce étudiée, la nature du milieu de culture et son Ph. Les spirochétogènes du *Tr. pallida* apparaissent tôt en culture : du cinquième au dixième jour. Quand ils apparaissent en abondance ils gardent longtemps leur vitalité.

Krzyszalowicz et Siedlecki (1905) ont décrit chez *Tr. pallida* le mode de reproduction par division transversale multiple : le spirochète en voie de multiplication donne plusieurs spirochètes de longueur égale. On l'observe en cultures pures ou dans les lésions en pleine évolution.

Manouélian, en 1940, a observé la division inégale et multiple chez *Tr. pallida*. Sur des frottis imprégnés à l'argent il a figuré un spirochète de taille normale relié à un microspirochète de quelques tours de spire, puis à une granule spirochétogène et enfin, à un autre microspirochète. Ces différentes formations sont reliées par un filament très fin et ondulé constitué par le périplasme étiré.

Mollinéo, en 1941, a observé les mêmes images et c'est au cours de la division inégale, multiple, observée soit dans les cultures âgées de spirochètes, soit dans les tissus d'animaux en cours de traitement antisypilitique, qu'apparaissent les spirochétogènes.

D'après Manouélian (1940) le granule spirochétogène serait capable de se diviser en tant que spirochétogène et d'être à la fois le germe et la forme de résistance aux traitements anti-sypilitiques.

Jusqu'à présent, l'étude du cycle complet du *Tr. pallida* n'a pu être réalisée faute d'obtenir ce parasite en culture pure. Mais l'étude des spirochétogènes analogues à celui du *Tr. pallida* : *Spirochoeta calligyra*, *S. refringens*, *S. buccalis*, *S. macrodentium*, *S. hispanica*, *S. gallinarum*, *S. Duttoni*, réalisée de 1930 à 1940 par Séguin, par Mollinéo, permet de concevoir le rôle du spirochétogène dans le cycle évolutif du Tréponème de la syphilis.

Le spirochétogène de *Tr. pallida* est fin, difficilement colorable, à tours de spire réguliers et le plus souvent court. Les spirochétogènes sont filtrables dans certaines conditions. Les filtrats contenant les

granules spirochétogènes sont pathogènes pour les animaux de laboratoire (cobaye).

Simon et Mollinéo ont trouvé le spirochétogène du *Tr. pallida* dans les tissus humains ou animaux aux divers stades de la maladie. Suivant ces auteurs il constitue une forme vivante du parasite apparaissant *in vivo* au cours de la division des formes hélicoïdales.

Le diagnostic de syphilis a pu être posé grâce au spirochétogène, en l'absence de formes hélicoïdales et de précision clinique ou humorale.

Dans un cas de syphilis sans chancre apparent, Simon et Mollinéo (1937) ont pu par examen du suc ganglionnaire retiré par ponction, poser le diagnostic de syphilis 24 jours avant l'apparition dans le ganglion des formes hélicoïdales, 11 jours avant que la réaction de Hecht soit positive et 26 jours avant que le Bordet-Wasserman soit positif.

La virulence du sang pendant les périodes de latence de la syphilis est due à la présence de nombreux spirochétogènes et microspirochètes.

Sur 26 malades non encore traités on trouve le tréponème hélicoïdal, à la ponction ganglionnaire, dans 80 % des cas. Après traitement antisyphilitique on ne le trouve plus que dans 46 % des cas, alors que le granule est mis en évidence dans 93 % des cas.

Simon et Mollinéo ont décelé le spirochétogène dans les adénopathies primaires syphilitiques, dans des accidents secondaires cutanés, dans les gommès

cutanées syphilitiques, dans le sang et les humeurs aux divers stades de la septicémie.

Gastinel, Mollinéo et Pulvéris ont noté la diffusion du granule spirochétogène dès la quarante-huitième heure dans les ganglions lymphatiques des animaux inoculés par insertion d'un fragment de syphilome, chez le lapin, le granule a pu être mis en évidence trois heures après l'inoculation (1942).

Même après un traitement par 5 g. 10 d'arséno-benzol le spirochétogène a été retrouvé : il représenterait une forme de résistance du parasite.

L'arsenic, le bismuth, le mercure agiraient mieux sur les formes hélicoïdales que sur le spirochétogène et ce dernier serait plus vulnérable aux iodures et à l'arsenic pentavalent.

De toutes les recherches que nous venons d'exposer il résulte que la curabilité de la syphilis ne sera certaine que lorsqu'il sera possible d'obtenir la disparition totale des spirochétogènes. « Tant qu'il restera un granule spirochétogène dans l'organisme on pourra affirmer que la guérison n'est pas obtenue ».

Les modes de contamination de la syphilis.

Il n'y a pas d'individu réfractaire à la syphilis. Seul ne la contracte pas le sujet qui ne s'y expose pas.

La syphilis est également contagieuse à tous les âges et quel que soit le sexe ou la corpulence. En règle, la dissémination du tréponème pâle se fait à l'occasion des rapprochements ou des rapports sexuels. Cependant les échanges de pipe, de cigare, de brosse à dents, de verre, de couvert, de quart, de pièces de monnaie, de crayons mâchonnés, de peigne, de bâton de fard rouge ou noir, de rasoir, de même que des draps de lit souillés, des cuvettes de water-closet et des cornets de téléphone ont pu être incriminés en tant qu'agent de transmission du tréponème pâle.

On a rapporté le cas d'une jeune fille atteinte d'un chancre du médius de la main gauche un mois après s'être fait « faire les mains » par une manucure.

Jeanselme et Chatelain ont publié l'observation suivante : « En 1917, un soldat, au cours d'une permission, contamine sa jeune femme. Celle-ci allaite son enfant et lui donne la syphilis. La grand'mère, qui porte souvent la tétine du biberon à sa bouche pour s'assurer que le lait n'est pas trop chaud est

atteinte à son tour. Une sœur de la première victime confie souvent son jeune enfant aux soins de sa tante et de sa grand'mère, il ne tarde pas à prendre la syphilis et la transmet à sa mère qui l'allaita. Enfin, une autre sœur des deux mères, la tante des deux enfants, âgée de 14 ans, qui goutte les aliments qu'elle donne à la cuiller à ses neveux, présente bientôt des syphilides ». Le permissionnaire en état de syphilis ouverte a donc été à l'origine d'une septicémie familiale qui s'est propagée à six personnes.

Des cas nombreux de syphilis professionnelles : docteurs en médecine, sage-femme, souffleurs de verre, etc... ont été rapportés. Jeanselme (1918) a rapporté le cas suivant : un bébé de 4 ans jouait aux Tuileries, en courant il tombe et se fait au genou une légère écorchure ; une dame présente tire de son sac un morceau de taffetas d'Angleterre, le mouille avec sa salive et l'applique sur le genou de l'enfant qui présente un mois plus tard, un chancre syphilitique.

Mme Avril de Sainte-Croix, en 1922, a rapporté un cas tout à fait analogue : une jeune vendeuse en ficelant un paquet se fait au doigt une petite écorchure gênante parce qu'elle saigne. Un collègue offre et applique sur l'écorchure un morceau de taffetas gommé qu'il humecte de salive. Au bout de quelque temps un chancre syphilitique apparut au point lésé.

Dans tous les cas précédents la contamination syphilitique se traduit par un chancre au point d'ino-

culation du tréponème pâle accompagné de son adénopathie satellite et quand ceux-ci ne sont pas remarqués, on retrouve leur trace au moment des accidents secondaires qui eux attirent et fixent davantage l'attention.

Mais souvent l'entrée du tréponème pâle dans l'organisme reste insoupçonnée et impossible à découvrir quand soudain éclatent des troubles indubitablement de nature syphilitique : la « syphilis décapitée » de Fournier n'est pas un mythe.

Feldmann (1928) a rapporté de nombreux exemples de syphilis sans chancre visible nulle part.

En, 1925 Milian a rapporté l'histoire suivante : « Un campagnard allant à la ville de Caen contracte avec une petite bonne de marchand de vin un chancre syphilitique. Le chancre est caractéristique : il fourmille de tréponèmes. Cet homme a eu son dernier rapport conjugal 5 ou 6 jours avant l'apparition du chancre. La femme est examinée méticuleusement chaque semaine. Il est impossible à aucun moment « de noter quoi que ce soit qui pût ressembler à un chancre syphilitique ou même une simple érosion. » Cependant, à la fin du mois suivant le coït conjugal apparut une adénopathie inguinale importante et un mois plus tard des syphilides papulo-squameuses du tronc et quelques taches de roséole. »

En 1929, Milian a publié l'observation d'une femme de 72 ans qui avait eu quatre enfants dont deux morts en bas-âge et qui sans autre signe de présomption syphilitique présentait de vastes lésions hyperkératodermiques des deux membres inférieurs montrant sur

leur bord supérieur quelques syphilides nodulaires. Cette hyperkératose évoluait depuis cinq ou six ans. Le traitement anti-syphilitique les fit disparaître en deux mois, dans ce cas le B.-W. était positif. Milian fait remonter la contamination de cette femme au moment de son mariage.

En 1939, Cariage a fait sa thèse sur les syphilis inapparentes, ignorées, révélées seulement par la réaction sérologique.

Les syphilis sérologiques, comme les dénomme Cariage, seraient très fréquentes chez les femmes. Il paraît en effet que huit sur dix des femmes qui actuellement désirent aller travailler en Allemagne et qui, de ce chef sont astreintes à une visite médicale sérieuse, visant à éliminer les tuberculeuses, les syphilitiques et les femmes gravides, et qui ont des réactions sérologiques indubitablement du type syphilitique sont dépourvues cependant « de tout accident pathologique : cutané, muqueux ou viscéral ». L'anamnèse n'apporte aucune indication sur la date probable de l'infection.

En 1929, Schulmann a observé un jeune étudiant qui avait eu deux rapports successifs avec une jeune femme qui fut atteinte de roséole le lendemain. Aucun chancre, aucun ganglion ne purent être décelés ni par Schulmann, ni par l'intéressé, étudiant en médecine, lors d'examens répétés quotidiennement. Cependant cinq semaines après le coït le B.-W. donna H5 et H2 et deux jours plus tard H0 ; une légère roséole était alors visible sur le tronc.

Tzanck a rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux le cas suivant : à l'occasion d'une fausse couche, une femme fait une métrorragie qui met ses jours en danger. On fait appel à un ancien syphilitique dépourvu à cette époque d'accidents syphilitiques pour une transfusion de sang. Soixante-dix-sept jours après cette transfusion la malade a une roséole.

D'autres cas de syphilis consécutive à des transfusions ont été rapportés. A la lumière des dernières acquisitions sur le cycle évolutif du Tr. pâle il semble qu'il faille être très prudent dans le choix des donneurs de sang. On doit s'assurer de l'absence non seulement de tréponème et de réactions sérologiques positives, mais de l'absence du spirochétogène, celui-ci étant capable de transmettre des syphilis latentes, peu évolutives, ne s'exacerbant que dans certaines conditions : affaiblissement de l'organisme, pénétration de certains germes qui favoriseraient sa pullulation.

Pour expliquer les cas de syphilis décapitée on fait appel, en général, à l'insuffisance en nombre ou en virulence du germe envahisseur, ou à la défense particulièrement énergique de l'organisme.

Rimbaud, par exemple, en 1914, pense que la syphilis acquise se développe chez la femme avec une fréquence au moins égale selon deux modes de contamination :

— D'abord par *contamination majeure* : des accidents primaires ou secondaires, très riches en tréponèmes

dans leur forme spiralée transmettent une syphilis majeure, s'accompagnant de septicémie importante et de manifestations cutané-muqueuses.

— Ensuite par *contamination mineure* : l'agent contaminateur, dans ce cas, est pratiquement toujours un ancien syphilitique cliniquement indemne de toute manifestation contagieuse. Elle s'effectue probablement :

— soit par transmission de formes spiralées en nombre insuffisant pour provoquer une syphilis majeure ou mises dans l'incapacité de se multiplier du fait de la résistance des voies génitales.

— soit par une forme non spiralée, granules argen-tophiles, forme filtrante.

Chez l'homme, d'après cet auteur, la contamination mineure serait exceptionnelle.

Enfin, pour finir avec les modes de contamination par le tréponème pâle, nous rappellerons qu'un sujet peut être syphilitique héréditairement, parce que ses parents ou ses grands-parents étaient syphilitiques. Il s'agit alors de syphilis héréditaire de première ou de deuxième génération se traduisant par des dystrophies variées plus ou moins accentuées et gênantes et dont l'évolution est particulièrement torpide.

Les conséquences de la syphilis.

La syphilis a des conséquences individuelles, familiales et sociales funestes.

Pour l'individu, c'est l'interruption temporaire du travail, c'est tout au moins l'amoindrissement de la capacité productive à laquelle correspond nécessairement une diminution de salaire. Heureux encore si l'orage passé il ne subsiste pas une infirmité permanente réduisant la victime à l'indigence.

Le syphilitique a une activité sociale amoindrie. On estime sa diminution de valeur à 15 % pour la syphilis primaire, 25 % pour la syphilis secondaire (Thibierge) et 50 % pour la syphilis viscérale (Barthélemy).

Pour la famille, c'est bien souvent la désunion des époux, la dissolution du mariage, le divorce, la maternité toujours déçue en la descendance tarée. Souvent aussi, c'est la ruine de la famille par la maladie, l'incapacité ou la mort du mari.

Trois observations rapportées par Fournier sont typiques à cet égard :

— Un ouvrier graveur contracte la syphilis à 23 ans et ne s'en traite que légèrement. A 33 ans, il se marie et devient bientôt père de deux enfants. Habile de son métier, il subvient facilement aux besoins de sa famille ; mais tout à coup le voici aux prises avec une syphilis cérébrale grave laquelle se termine par une hémiplegie droite : travail désormais impossible. Conséquence : misère noire.

— Un jeune artiste peintre, plein de talent et d'avenir se marie quelques années après avoir contracté une syphilis qu'il n'a que très sommairement traitée. Tout va pour le mieux pendant quelques années : les tableaux se vendent bien, le ménage prospère et s'enrichit d'un enfant, puis survient au mari une affection oculaire double qui, attaquée trop tardivement par la médication spécifique, aboutit à une cécité complète. Résultat : famille ruinée, tombant dans l'indigence et forcée de s'inscrire au bureau de bienfaisance pour ne pas mourir de faim.

— Un jeune architecte se marie sept ans après avoir contracté une syphilis qui, bien que négligemment traitée, n'en est pas moins restée remarquablement bénigne jusqu'alors. Six mois plus tard il est pris d'accidents cérébro-spinaux spécifiques. Il meurt en laissant une femme et un tout jeune enfant dans un dénuement absolu.

En 1944, Milian a rapporté l'histoire de la jeune P... Suzanne, 27 ans, mariée depuis 5 ans, désespérée de n'avoir pas d'enfant.

En 1934, elle donna naissance à un enfant qui

vécut un jour ; en juin 1935, elle fit une fausse couche spontanée de trois mois ; en 1938, elle accouche d'un enfant mort-né. Parfaitement constituée et saine d'apparence on ne trouve lors d'un examen clinique complet et soigneux qu'une légère leucoplasie commissurale gauche. Les antécédents sont muets, le mari est sain.

Soumise à un traitement intensif : « elle reçut successivement et sans interruption 9 injections d'huile grise et, une série de 914 à 30, 45, 60, 75 cgr., 90 (2 injections), 105, à raison d'une injection tous les trois jours au début, tous les 4 ou 5 jours ensuite, puis une série de bivotol à 0 gr. 07 de bi-métal par piqûre jusqu'à un total de 18 injections.

Après la septième piqûre de bismuth les règles n'apparurent pas. On fit alors une série d'uclarsyl 30, 60 (2 inject.), 75 (3 inject.), 90 (3 inject.), puis la patiente prit du calomel par la bouche : 0,04 à 0,05 par jour. En juin 1939, la malade percevait les mouvements de son enfant. On fit alors onze piqûres de myobi, la dernière le 11 octobre 1939. Le 23 novembre la malade accouchait d'un enfant de 3.460 gr. d'apparence normale.

Sous l'effet du traitement, des signes trahissant la septicémie syphilitique s'étaient manifestés : douleurs osseuses tibiales, phlébite plastique de la saphène interne, sans cause externe crampes nocturnes, toutes manifestations dues probablement à un éveil biotro-pique possible.

L'enfant avait seulement le nez un peu écrasé à la

base nez en selle, légèrement épaté et un strabisme interne de l'œil gauche. Elle marcha à 11 mois, eut sa première dent à six mois, parla à 15 mois.

La syphilis est souvent responsable de la stérilité des conjoints, sur 110 ménages syphilitiques 30 sont stériles, suivant Schulmann et dans 6 % des cas la stérilité est à rapporter à une azoospermie de l'homme. Lorsqu'elle n'entraîne pas la stérilité, la syphilis est souvent cause d'avortement, surtout lorsqu'elle est récente. Hochsinger, sur 569 grossesses survenues chez 134 syphilitiques, enregistre 253 mort-nés. Gouin, sur 315 grossesses survenues chez 102 syphilitiques, enregistre 146 avortements. Kotowa, sur 657 grossesses survenues chez des syphilitiques, a compté seulement 51,5 % de grossesses arrivant jusqu'au terme et donnant :

26,3 % de débiles	} dont 30 % meurent la première année.
10,2 % de malades	
15 % d'apparemment sains.	

Touraine et Roitenstern sur 2.343 grossesses survenues chez des syphilitiques ont compté 1.476 naissances d'enfants vivants dont 40 % (592) meurent au cours du premier mois.

Les rapporteurs de la loi Sellier admettaient que « sur 100 enfants atteints d'hérédo-syphilis virulente et nés vivants : 50 meurent avant six mois ; 25 au cours des six mois suivants ; 11 avant onze ans et 14 seulement dépassent cet âge ».

La perte en naissance humaine, sur une moyenne annuelle de 720.000 naissances est de 15.000 à

30.000 imputables à la syphilis ; Touraine admet de 20.000 à 30.000. Sur 176 morts par hérédo-syphilis, Fournier en a vu mourir 88 au cours de la première année de vie ; 34 entre un et deux ans ; 17 au cours de la troisième année. Ross compte 75 % de morts chez les hérédo-syphilitiques au cours de leur première année de vie. Enfin, sur 414 adultes atteints de syphilis viscérale Schrumpf ne trouve que trois hérédo-syphilitiques, les autres n'ont pu parvenir jusqu'à ce stade de développement.

Suivant Marfan, sur 100 enfants qui consultent dans les hôpitaux : 30 sont hérédo-syphilitiques. Hutinel estime à 40 % le nombre des enfants hérédo-syphilitiques des consultations hospitalières.

Pour la société la syphilis est un gaspillage du capital social par l'accroissement de dépenses improductives. Aujourd'hui, la syphilis est aux yeux de certains auteurs, la cause de mort la plus importante pour la France où on compte entre 4 et 6 millions de syphilitiques.

La Ligue nationale contre le péril vénérien attribue à la syphilis 80.000 décès d'adultes par an auxquels il faut ajouter de 60.000 à 100.000 morts par syphilis congénitale.

Andry estime à 14-15 % le nombre des morts dues à la syphilis. Gougerot admet que la syphilis est la cause de 20 % des décès de la mortalité totale soit 140.000 à 150.000 morts par an. Touraine, lui, attribue de 160.000 à 190.000 morts annuellement dont :

50.000 à 60.000 par syphilis acquise et lésions directes des grands organes : système nerveux et appareil circulatoire.

20.000 à 25.000 par syphilis acquise et lésions indirectes.

60.000 à 70.000 par syphilis congénitale et décès avant la naissance.

20.000 à 35.000 par syphilis congénitale et décès après la naissance.

Il faut encore, dans l'estimation des ravages biologiques du Tr. pâle, tenir compte du fait qu'une proportion importante 40 % des malades en traitement dans les hôpitaux doivent leur mal à la syphilis. Le Noir, Audry et Etienne ont trouvé la réaction de B.-W., positive chez 20 à 25 % des hospitalisés.

Si on rapporte cette proportion aux 2.500.000 malades admis en un an dans tous les hôpitaux français, on trouve 500.000 syphilitiques. Il faut ajouter à ce chiffre de 40 % 200.000 aliénés hospitalisés par an, en France.

Parmi les syphilitiques anciens arrivés à la période du tertiarisme, féconde en localisations graves, on peut distinguer :

Sur 1.072 syphilis actives et 478 syphilis latentes :

	Fournier	Touraine
	%	%
Peau et muqueuses	48,8	16,1
Système nerveux.	34,5	50,6
Appareil circulatoire.....	0,4	22,6
Appareil digestif.	0,5	3,5
Appareil locomoteur.....	9,7	2,8
Appareil génito-urinaire.	0,9	1,5
Appareil respiratoire.....	0,3	1,2
Appareil endocrinien.....		1
Appareils divers.....		0,7

Touraine (1941) appliquant cette proportion aux 4-6 millions de Français syphilitiques, trouve :

80.000 à 90.000 infections primo-secondaires,
360.000 à 540.000 syphilis tertiaires et viscérales,
3 à 4,5 millions de syphilis latentes,
650.000 à 1.000.000 de syphilis héréditaires.

Les syphilis tertiaires et viscérales se répartissent en :

55 à 85.000 syphilis de la peau et des muqueuses,
180 à 270.000 syphilis du système nerveux,
80 à 120.000 syphilis de l'appareil circulatoire,
12 à 18.000 syphilis digestives,
10 à 15.000 syphilis de l'appareil locomoteur,
5 à 8.000 syphilis de l'appareil génito-urinaire,
4 à 6.000 syphilis de l'appareil circulatoire,
3 à 5.500 syphilis du sang et des endocrines,
2.500 à 3.000 syphilis diverses, d'autres sortes.

En 1936, dans les différentes organisations anti-vénériennes de l'Etat : Institut prophylactique, service de surveillance des prostituées, prisons, dispensaires des hôpitaux, etc... 50 à 55.000 syphilitiques ont été examinés pour la première fois (il faudrait pouvoir ajouter à ce chiffre les syphilitiques examinés dans les dispensaires et cliniques privés et aux cabinets des praticiens pour avoir un chiffre répondant à celui des syphilitiques).

Pour l'ensemble des organismes anti-vénériens de l'Etat le chiffre de ces malades a oscillé de 1931 à 1935 entre 116.000 et 150.000, en 1936, il a été de 105.000.

Ces 105.000 malades comptent 9,3 % de syphilitiques primaires ; 7,4 % de secondaires ; 9,3 de tertiaires ; 48,3 % de syphilis tardives des différents organes et 25,7 % de syphilis latentes.

Ces chiffres sont considérablement plus élevés qu'en Angleterre où l'on compte 60.000 morts par an du fait de la syphilis (Hecht). Ils sont aussi plus élevés qu'en Italie où selon Cristi on compte 30.000 morts d'adultes et 30.000 morts par syphilis congénitale.

Non seulement tous ces malades ne rapportent rien à la Société, mais ils la grèvent lourdement : 15 millions ont été dépensés en 1938 par la France à soigner les syphilitiques ; 17 millions en 1942. Une telle tare entraîne l'arrêt de l'expansion économique et morale de la France dont elle abâtardit la race.

Aux méfaits de la syphilis que nous venons de passer en revue il faudrait encore ajouter une longue liste d'affections dont la véritable étiologie est méconnue : sténoses et scléroses viscérales, aménorrhées, métrorragies, dermatoses : pelade, vitiligo-sclérodermie, lichen, plan, etc... Rhumatisme chronique et fibreux, *morbus coxae senilis*, etc...

Leredde rattache à la syphilis la moitié des 10.000 morts subites annuelles et 1/10 des 8 à 12.000 suicides annuels. La syphilis ferait encore « le lit » du cancer en particulier du cancer de la bouche responsable de 11 % des 18.000 décès annuels par cancer. Touraine (1941) estima qu'il faudrait charger le bilan de la syphilis d'environ :

6.500 des 9.500 cancers de l'estomac,
1.700 des 2.500 cancers du foie,
2.400 des 3.600 cancers de l'intestin,
800 des 1.100 cancers de l'œsophage,
400 des 700 cancers du larynx,
6.500 des 10.000 cancers de l'utérus,
2.400 des 3.500 cancers du sein,

soit plus de 22.000 décès annuels supplémentaires.

Mais même en s'en tenant aux 150.000 morts annuelles dues à la syphilis acquise et congénitale admises généralement, la syphilis est de beaucoup la maladie la plus meurtrière. La tuberculose n'entraîne annuellement que la perte de 49.480 et le cancer de 44.267 sujets. Un étudiant en médecine sur 1.000 devient tuberculeux, 10 % deviennent syphilitiques.

Aussi Milian (1943) fait-il remarquer justement que les crédits alloués par la Nation à la lutte anti-vénérienne sont très insuffisants et misérables si on les compare aux 100 millions attribués à la lutte anti-tuberculeuse. « La tuberculose est le gouffre où s'enfouissent toutes les subventions gouvernementales et privées, le tout pour des résultats bien médiocres, car la guérison est aléatoire et le traitement actuel laisse en liberté des tuberculeux contagieux ou en passe de le devenir et qui, gâtés par la vie de sanatorium, prennent des habitudes de paresse et trouvent parfaitement équitable de se faire entretenir par la Nation. » Milian (1943) recommande d'augmenter le nombre des consultations dans les dispensaires, d'augmenter le nombre des assistantes sociales capables de dépister les agents contaminateurs.

Prophylaxie.

1^o La prostitution.

Emery, en 1922 a pu écrire : « Il est absolument vrai d'affirmer que la prostitution est la source de toutes les maladies vénériennes et, si elle n'est pas la seule, toutes les autres sont, à côté d'elle, parfaitement négligeables. »

Dès lors, on ne peut que s'étonner à l'extrême de voir proliférer et prospérer de plus en plus les maisons de prostitution.

Les paroles du tribun Mirabeau sont aujourd'hui bien oubliées : « C'est une grande abomination que de voir chez les nations chrétiennes la prostitution tolérée. C'est une infamie. Il n'y a pas de nom pour caractériser une police aussi exécrationnelle. Tous les prétextes sont d'une immoralité qui révolte la raison autant que la religion et c'est avilir le bon sens que de l'employer à combattre ces prétextes.

Fermez donc à l'instant les maisons de débauche, jetez dans les ateliers de basse justice les misérables créatures qui empoisonnent le crime et vendent le double venin des âmes et des corps à des malheureux dont l'existence éprouve par ce commerce abominable

tous les genres de dégradation... N'ayez pas la chimérique inquiétude des crimes secrets que la suppression de cette ressource vulgaire pourrait occasionner dans les familles honnêtes.

Si vous dites que les mœurs sont actuellement trop dépravées pour ôter ainsi aux nombreux débauchés les moyens d'assouvir leurs passions brutales, qu'on ne serait pas en sûreté dans les maisons et jusque dans les temples, vous dormez dans une étrange illusion. Ne voyez-vous pas que ce sont vos tolérances immorales qui portent elles-mêmes la dépravation des mœurs à cet excès et qui vous réduisent à craindre partout la violence de cet instinct de brutalité?... Dans nos villes purifiées de cette infection horrible on vivra dans une sécurité profonde, on ne respirera plus que l'air de l'honnêteté, de la décence et de la vertu ; mais n'épargnez personne, que tout scandale, de qui que ce soit qu'il provienne, puissants ou faibles, riches ou pauvres, conduisent irrémédiablement aux ateliers et vous n'aurez pas deux scandales par mois dans tout Paris, un par année dans vos moindres cités de province. »

Il faut croire que déjà à cette époque la suppression des maisons de prostitution se heurtait à des intérêts tout puissants ; on a dit et répété qu'elle était impossible. On a réglementé et renforcé l'inspection médicale des prostituées professionnelles. Les services de dépistage de la prostitution clandestine, les services de surveillance médicale des prostituées et les dépenses engagées par l'hospitalisation et le

traitement des prostituées malades grèvent lourdement le budget national français. Et il en est de même dans tous les pays.

Si on prend par exemple le département de Seine-et-Oise, Vernier, en 1942, rapporte que sur la demande des autorités d'occupation, en plus des maisons de tolérance qui existaient avant la guerre, un certain nombre de ces établissements ont été installés dans les localités où cantonnaient des unités importantes et, par arrêté préfectoral, ce genre d'établissement a obtenu des tolérances spéciales. La continence est peut-être néfaste aux vertus guerrières !...

Quoi qu'il en soit sur ce point, les maisons de Versailles, Saint-Cyr l'Ecole, Saint-Cloud, Meudon, Bièvre, Rueil, Saint-Germain-en-Laye, Maisons-Laffitte, Poissy, Argenteuil, Pontoise, Mantes, Moisson, Rambouillet, Villeneuve-Saint-Georges, Corbeil, Etampes, Athis-Mons, Juvisy-sur-Orge, Aulnay-sous-Bois, Beaumont-sur-Oise, Mériel, Saint-Gratien, Orsay, Sainte-Geneviève-des-Bois, Brétigny-sur-Orge..., soit 35 maisons ont fonctionné.

Les femmes des maisons de tolérance et les prostituées en carte reconnues suspectes ou malades au cours des visites de contrôle, ainsi que les femmes ramassées par les différentes polices (service de contrôle vénérien, police locale, gendarmerie, feldgendarmarie..., etc.) sont conduites dans trois centres de triage : *Versailles, Argenteuil, Villeneuve-Saint-Georges*. Elles y subissent des examens cliniques, microbiologiques, sérologiques. Les examens micro-

biologiques pour la recherche des gonocoques, en cas de plainte ou de suspicion de blennorragie, comportent trois prélèvements par jour pendant cinq jours, au col utérin et à l'urètre, soit trente prélèvements. Les deux derniers prélèvements sont faits après réaction.

Les soins locaux habituels sont donnés dans ces centres de triage avec en plus un traitement général : absorption de sulfamides, vaccin antigonococcique, propidon, etc... Les soins locaux comportent pour toutes les femmes des injections urétrales, vaginales et parfois rectales ainsi que des pansements utérins. Ces pansements sont faits par des crayons médicamenteux, des tampons, des ovules, des insufflations de poudre sulfamidée... Ces soins locaux sont faits deux fois par jour.

Si la femme est atteinte de gonococcie, de chancrelle, de maladie de Nicolas-Favre, ou présente un B-W. positif elle est dirigée vers le centre spécial d'Orsay, réservé au traitement des prostituées malades.

Ainsi organisée la prophylaxie anti-vénérienne en Seine-et-Oise a eu l'activité ci-dessous :

Nombre total de femmes hospitalisées dans les centres de triage	1.604
Nombre de femmes des maisons de tolérance.....	365
Nombre de femmes reconnues malades et positives.	115
Frais de journées d'hospitalisation des prostituées de Seine-et-Oise.....	2.191.603 fr. 50
Frais de journées d'hospitalisation des prostituées payées par le département de Seine-et-Oise.....	365.162 fr. 50

Ainsi, le département de Seine-et-Oise, en 1941, a dépensé 1.000 francs par jour pour soigner ses prostituées.

2° Prophylaxie individuelle.

Il n'y a qu'un moyen certain de ne pas contracter la syphilis : c'est de ne pas s'y exposer.

Tous les moyens de protection qu'on a pu inventer ne sont que limitatifs et nullement exclusifs. Or, il suffit de quelques germes pour que la septicémie s'installe. Et la septicémie s'installe très vite : le granule spirochétogène a pu être décelé par Gastinel, Molli-nédo et Pulvenis (1942) trois heures après l'inoculation expérimentale. L'excision du point d'inoculation, et *a fortiori* du chancre, est donc illusoire.

Cependant au cours de la syphilis expérimentale, quand on étudie les modifications survenant au point d'inoculation par des prélèvements sériés on ne constate aucune anomalie pendant les dix premiers jours. Après ce délai un infiltrat lymphocytaire et plasmo-cytique surtout périvasculaire s'installe où on peut retrouver le Tr. pâle. Cependant au cours des dix premiers jours le Tr. pâle s'est déjà propagé par voie sanguine et lymphatique : le sujet peut dans cette période, théoriquement, propager la syphilis. En effet, quand expérimentalement on fait une inoculation au scrotum, les ganglions tributaires sont déjà inoculables avec succès deux jours plus tard et dès le cinquième jour le sang prélevé à l'oreille du lapin

détermine chez un autre lapin une orchite syphilitique.

Brown et Pearce ont excisé le point d'inoculation et même le scrotum avec les deux testicules deux jours après l'inoculation : ils suppriment ainsi le lieu où deux mois plus tard se ferait la réaction locale dite primaire, le chancre. Ils observent alors des lésions généralisées particulièrement intenses et un tertiarisme précoce et mutilant.

Ces auteurs qui après l'inoculation habituelle n'observent les lésions secondaires que dans la moitié des cas, les observent dans 13 cas sur 14 quand l'inoculation est suivie de la résection du testicule au moment où il commence à se tuméfier sous l'influence de l'inoculation.

Le chancre ne semble donc pas la lésion initiale d'arrêt du tréponème. La gravité et la généralisation de la syphilis qui se produit quand on excise la place du chancre, le chancre ou même une zone de tissus importante autour du point inoculé prouvent que le chancre est un foyer local de défense.

Ces faits condamnent le traitement abortif de la syphilis tel que quelques-uns l'ont conçu : une seule injection massive de 606. Si on procède ainsi il arrive que la roséole avorte et qu'aucune manifestation de généralisation sanguine ne se manifeste ultérieurement.

Cependant il est des cas où la roséole n'est que retardée, le chancre guérit, la syphilis reste muette, latente des semaines, des mois, puis la généralisa-

tion sur laquelle on ne comptait plus se produit. Dans l'intervalle, le sujet se croyant indemne a pu propager la maladie sans protestation de sa conscience.

Milian a ainsi rapporté en 1912 une observation dans laquelle la roséole était apparue neuf mois après le chancre et Gougerot (1912) a vu une roséole typique survenant 190 jours après le chancre. Expérimentalement le même fait a été constaté : Kolle, travaillant sur le lapin, inocule la syphilis et fait en même temps des injections sous-cutanées de bismuth : aucun chancre n'apparaît. Sous contrôle radiologique il excise alors tous les dépôts bismuthiques et, après plusieurs mois, il voit le chancre apparaître.

La place du chancre a d'ailleurs des propriétés singulières, quand la syphilis traitée, latente, subit une reviviscence la place du chancre devient inflammatoire et riche en tréponèmes affectant l'aspect d'un simple *érythème irritable* de Milian ou même d'une lésion de même apparence que l'accident primitif : c'est le chancre redux.

Il se passe donc en ce point des réactions indispensables à la défense de l'organisme et la suppression du chancre ne peut déterminer qu'une aggravation de la maladie. La clinique humaine vient à l'appui de cette déduction : les chancres nains, inaperçus correspondent souvent aux syphilis graves et viscérales, les gros chancres précèdent la plupart du temps des syphilis cutanées florides, sans tendance viscérale, ni nerveuse.

3^o La prophylaxie familiale.

Il faut se pénétrer du fait que cinq, dix, quinze ou vingt ans après le chancre, alors même que le syphilitique se croit guéri, on peut voir survenir une hépatite syphilitique, une gomme cutanée, une hémiplégie.

Les tabétiques et les paralytiques généraux sont souvent des malades qui ont eu « un chancre minuscule, le minimum ou pas d'accidents secondaires, puis rien pendant des années jusqu'au jour où s'installent les accidents nerveux. Chez la femme, la syphilis est souvent muette, il faut mettre en œuvre tous les moyens pour la dépister si on a une raison de la soupçonner.

L'homme ou la femme, même atteints de syphilis latente muette, ne peuvent procréer que des enfants tarés ; la femme aura fausses-couches sur fausses-couches, enfants mort-nés, nourrissons couverts de syphilides dystrophiques, monstrueux, infirmes.

Pour prévenir ces malheurs les deux doivent se soumettre s'ils tiennent à procréer, à un traitement rationnel intensif, persévérant, prolongé. Ce n'est qu'à ce prix qu'ils pourront avoir des enfants présentant le minimum d'anomalies. L'idéal serait, par une éducation appropriée, d'amener la jeunesse à prendre en horreur les imprudences, les négligences, le laisser aller intersexuel, et sa conception de l'hygiène sexuelle. Une telle éducation pour être efficace

devrait modifier grandement la façon de vivre des citadins. Toute la littérature, toute la musique, le cinéma, les sports mêmes devraient être modifiés. Les jeunes gens devraient être initiés à ce qu'ils gagneraient à rester pur : belle famille, travail fécond et ce qu'ils risquent de gagner en se faisant les proies de la débauche : la visite d'un ou deux musées hospitaliers : Cochin, Saint-Louis... les fixeraient sur ce point.

4^e La prophylaxie sociale.

Devant l'accroissement du péril vénérien, l'Etat a dû prendre une série de mesures qui ont paru indispensables pour assurer une protection efficace. Ces mesures ont un caractère vraiment exceptionnel. La loi du 31 décembre 1942 complétée par le décret d'application du 20 juillet 1943, prescrit :

ART. 2. — Toute personne atteinte d'accidents vénériens contagieux doit obligatoirement se faire examiner et traiter par un médecin jusqu'à disparition de la contagion.

ART. 3. — Toute femme enceinte susceptible de transmettre héréditairement la syphilis, soit directement, soit du fait d'une syphilis reconnue du procréateur, est astreinte à la même obligation.

ART. 4. — Tout médecin quand il diagnostique ou traite une maladie vénérienne contagieuse ou susceptible de le devenir doit avertir le patient ou ses parents s'il est mineur :

- du genre de maladie dant il est atteint,
- des dangers de la contamination,
- des devoirs que lui imposent la présente loi.

ART. 5. — *La déclaration des maladies vénériennes est obligatoire* et doit être faite par le médecin, suivant les cas : soit sous forme de déclaration simple (diagnostic, sans mention du malade), soit sous forme de déclaration nominale (diagnostic et nom du malade).

ART. 6. — *La déclaration simple est obligatoire* pour tous les cas de maladie vénérienne en période contagieuse.

ART. 7. — *La déclaration nominale est obligatoire* dans tous les cas de maladie vénérienne, en période contagieuse, si :

- le malade refuse de commencer ou de poursuivre son traitement,
- la malade s'adonne à la prostitution,
- le malade par son genre de vie ou de profession fait courir à autrui un risque grave de transmission de maladie vénérienne.

Si l'hospitalisation d'urgence est nécessaire, le médecin doit le signifier sur sa déclaration. *L'hospitalisation est obligatoire pour les prostituées.*

ART. 8. — Pour faciliter le dépistage et le traitement des agents de contamination tout médecin qui diagnostique un cas nouveau de maladie vénérienne doit s'efforcer d'obtenir du malade tous renseignements permettant de retrouver la personne contaminatrice et d'apprécier le danger qu'elle peut ou a pu faire courir à des tiers. S'il n'a pu examiner lui-même cette personne ou l'amener à se faire traiter, il transmettra à l'autorité sanitaire, dans les 24 heures, tous renseignements nécessaires pour permettre à celle-ci de faire rechercher, examiner et traiter la personne suspectée. Le médecin est tenu, dans ce cas, de désigner nominativement la personne que le malade lui aura indiquée comme contaminatrice probable.

ART. 13. — Toute personne signalée à l'autorité sanitaire comme contaminatrice sera invitée par ladite autorité à présenter, dans un délai fixé, un certificat médical constatant qu'elle est indemne de tout accident vénérien.

contagieux. Sinon l'autorité sanitaire prendra toutes mesures utiles en vue de la faire examiner par un des médecins spécialistes agréés, ou pour la faire hospitaliser d'office. Si les malades ne veulent pas se soumettre au traitement, l'autorité sanitaire, par l'entremise de ses assistantes sociales spécialisées, fera remettre aux intéressés les avertissements et les mises en demeure nécessaires.

Les articles 17 et 18 de la même loi renforcent la protection des enfants confiés aux soins de nourrices mercenaires.

L'article 20 vise la publicité de la prophylaxie ou du traitement des affections vénériennes.

Enfin, le Préfet, sur la proposition de l'autorité sanitaire, peut décréter l'hospitalisation d'office des récalcitrants.

Ainsi que le fait remarquer Cavaillon (1943) quand on veut arrêter une épidémie de typhoïde on recherche quel est le puits contaminé. Ce n'est pas en soignant les typhoïdiques qu'on arrête l'épidémie, mais en supprimant l'apport des bacilles typhiques.

Quand on veut lutter contre la peste ou détruit les puces, quand on veut lutter contre le typhus exanthématique on détruit les poux. Soigner les pestiférés et les typhiques en laissant les poux et les puces libres de contaminer n'empêche pas l'épidémie de progresser.

A quoi servirait-il sur un champ de bataille de ramasser sans arrêt et sans trêve les victimes d'une mitrailleuse ; la seule chose qui compte n'est-elle pas d'arrêter le feu de la mitrailleuse ? A quoi sert de

soigner successivement cinquante personnes contaminées par une prostituée ? De même à quoi sert de soigner vingt jeunes femmes atteintes de syphilis si on ne soigne pas le Don Juan atteint de syphilis contagieuse ?

A côté de cette vaste organisation de lutte antivénérienne les syphiligraphes demandent l'*augmentation du nombre des consultations dans les dispensaires*. Milian (1943) fait remarquer que les traitements ne peuvent pas être conduits avec rigueur suffisante parce que les consultations dans les dispensaires ne sont pas assez fréquentes. Beaucoup de dispensaires n'ont qu'une consultation par semaine. Or, tous les traitements anti-syphilitiques par piqûres (intra-veineuses de gr4, intra-musculaires de bismuth) doivent être administrées au moins deux fois par semaine. Quand ce minimum n'est pas atteint, la contagiosité se prolonge et les germes s'accoutument au traitement et deviennent résistants aux médicaments. Comme cette résistance médicamenteuse se transmet aux générations parasitaires successives, la guérison des malades devient de plus en plus difficile, le nombre des syphilis résistantes augmente.

Milian préconise l'institution à côté de la consultation magistrale du médecin que doit suivre le malade, des consultations de traitement assurées par des assistants ou des infirmières et qui rendraient la cure continue.

Les dispensaires à consultation unihebdomadaire rendent impossibles les traitements au cyanure de

mercure qui doivent être journaliers et qui sont si précieux dans les syphilis résistantes.

Les syphiligraphes insistent aussi sur l'insuffisance de la prophylaxie et demandent davantage d'assistantes sociales, agents de dépistage et de redressement.

Il faudrait aussi prévoir pour les hospitalisés d'office un travail. Il ne peut être que pernicieux d'arracher à leurs occupations habituelles des hommes ou des femmes susceptibles de propager la syphilis et de les maintenir pendant la durée de leur traitement, qui peut être longue, dans l'oisiveté.

Il ne faudrait par exemple pas que des femmes entrées sans ressource à l'hôpital, quittent l'hôpital dans le même état pour recommencer à se prostituer immédiatement.

CONCLUSIONS

Les recherches bactériologiques récentes ont souligné l'importance du granule spirochétogène, agent filtrable, capable de donner issue au spirochète.

Les contagions constatées alors que les humeurs ne permettaient pas de déceler la forme hélicoïdale du Tr. pâle s'expliquent par ce granule qui a pu être mis en évidence dans la syphilis latente, cliniquement muette.

La contamination syphilitique se ferait suivant deux modes : un mode majeur, par l'intermédiaire d'accidents primaires ou secondaires très riches en tréponèmes dans leurs formes spiralées donnant une septicémie massive et des manifestations cutanéo-muqueuses plus ou moins nettes ; un mode mineur, fréquent avec les anciens syphilitiques cliniquement indemnes de toutes manifestations contagieuses. L'agent infectieux serait dans ce cas le spirochétogène.

En France, la syphilis cause une perte annuelle évaluée par certains auteurs à environ 150.000 individus.

Les crédits alloués à la santé publique devraient être plus équitablement répartis, et des sommes beau-

coup plus élevées consacrées à la lutte antisypilitique.

Devant le danger croissant du péril vénérien, le Gouvernement vient de mettre au point un vaste programme de dépistage de la syphilis et de traitement obligatoire.

Toute une organisation de redressement devrait être instituée : travail des contagieux hospitalisés obligatoirement, travail organisé à la sortie de l'hôpital des prostituées..., etc.

Le nombre des consultations devrait être augmenté afin d'assurer un traitement bi ou tri-hebdomadaire et non plus uni-hebdomadaire des syphilitiques.

Enfin, il faut souhaiter une réforme des mœurs et une éducation sanitaire et morale des jeunes, progrès sans lesquels la lutte anti-vénérienne serait insuffisamment préventive.

Vu : le Président de la thèse,

M. JOANNON.

Vu : le Doyen

A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER. — Zur Kenntnis der *Spirochaeta pallida* Dermat. Zeits., 1906, 13, 7, 401-9.
- CERSEMANS. — Contribution à l'étude de quelques problèmes de syphiligraphie expérimentale. *Le Scalpel*, 1935, p. 441-67.
- Variations morphologiques et fonctionnelles du virus syphilitique. *Arch. Dermat. Syph. Clin. Hôp. St-Louis*, 1933, 8, p. 1-45.
- BORBERG und PETERSEN. — Eine Untersuchung über Syphilis in einer Irrenanstalt in *Zbl. f. Haut und Geschlkr.*, 1940, 41, 66, p. 348.
- CARIAGE. — Les syphilis sérologiques. Thèse Paris Médec., 1939.
- CATTIER. — Gardez-vous. Maloine, 1928.
- COMITÉ de Propagande de l'Hygiène Sociale et d'Education prophylactique. — Manuel d'éducation prophylactique, Maloine, 1922.
- EDWARDS. — Next steps in Stamping out congenital syphilis. *J. Soc. Hyg.*, 1940, 26, p. 12.
- ENGELHARDT. — Die Bedeutung des Traumas für Entstehung und Verlauf von Haut und Geschlechtskrankheiten und dessen hutachtliche Beurteilung. *Arch. f. Dermat.*, 1940, 180, p. 14.
- FELDMANN. — *Revue française Dermat. Vénér.*, juin 1928.
- GASTINEL et PULVENIS. — La syphilis expérimentale. Etude critique et nouvelles recherches. Masson, 1934.

GOUGEROT. — La lutte anti-vénérienne en France. *An. Mal. Vén.*, 1939, 34, p. 521.

HOFFMANN. — Atlas der Aetiologischen und Experimentellen Syphilis forschung. Springer, Berlin, 1908.

— Zür Gränularen Form der syphilisspirochète. *Derm. Woch.*, 1929, 89, p. 2041-2.

INGRAHAM. — The life history of treponemus pallidum. *The Am. J. of Syph.*, 1932, 16, p. 155-90.

KRZY STALOWICZ et SIEDLECKI. — Contribution à l'étude de la structure et du cycle évolutif de spirochaeta pallida, Schandinn. *Bull. Acad. Sc. Cracovie*, 1905, p. 713, 28 et 1908, p. 173-245.

LÉPINE. — A propos du cycle évolutif du virus syphilitique. Le tréponème est-il virulent. *Presse méd.*, 1931, p. 1233-5.

LEVADITI ANDERSON et SANCHIS BAYARRI. — Le virus syphilitique comporte-t-il un cycle évolutif dont le *Treponema pallidum* n'est qu'une des phases connues. *Ann. Inst. Past.*, 1928, 42, p. 475-94.

LEVADITI SCHOEN et VAISMAN. — Le virus syphilitique comporte-t-il un cycle évolutif? *C. R. Soc. Biol.*, 1932, 110, p. 373-3.

LEVADITI et CONSTANTINESCO. — Transmission en série de la Tréponémose cliniquement inapparente de la souris. *C. R. Soc. Biol.*, 1933-112, p. 46-8.

LI YUAN PO. — Syphilis inapparente de la souris par inoculation intra-testiculaire de *Treponema pallidum*. *C. R. Soc. Biol.*, 1930, 105, p. 541-5.

MANOMELIAN. — Gommès syphilitiques et formes anormales du tréponème ultra-virus syphilitique. *C. R. Soc. Biol.*, 1930, 104, p. 249-51.

— Syphilis expérimentale ; ganglions lymphatiques. Formes minuscules du *Spirochaeta pallida*. Spirochètogene syphilitique. *C. R. Ac. Sc.*, 1935, 200, p. 2122-24.

— Etude morphologique du *Spirocheta pallida*. Modes de

division Spirochetogène syphilitique. *Ann. Inst. Pasteur*, 1940, 64, p. 439-55.

MILIAN. — La syphilis occulte. Baillière, 1944.

— Réactions sérologiques syphilitiques résistantes ou irréductibles. *La Prophyl. Antivén.*, 1942, p. 198-210.

— La syphiligraphie en 1943. *Paris méd.*, I, 1943.

— La syphiligraphie en 1944. *Paris méd.*, 1944.

— *Revue française Dermat. Vénér.*, 1925, p. 246.

— L'insuffisance des crédits pour la lutte anti-vénérienne. *Paris méd.*, 1943, p. 111.

NYKA. — Nouvelles recherches sur le polymorphisme du virus syphilitique dans les ganglions lymphatiques du lapin. *Ann. Inst. Pasteur*, 1938, 60, p. 316-44.

ORDRE DES MÉDECINS. — Prophylaxie et lutte contre les maladies vénériennes. *Bull. Ordre*, sept. 1943, p. 94-7 et 106-9.

PRÉVOT. — Manuel de classification et de détermination des bactéries anaérobies. Masson, Paris, 1940.

RAVAUT. — Une nouvelle syphilis nerveuse. Les formes cliniquement inapparentes. Masson, 1934.

RIMBAUD. — Le problème de la transmission occulte et la syphilis. *Presse méd.*, 4 mars 1944.

RUDAUX et MONTLAUR. — Dépistage de la syphilis en pratique obst. et prophylaxie de la syphilis héréditaire. Masson, 1931.

SCHAUDINN et HOFFMANN. — Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von spirochaeten in syphilitischen Krankheitsprodukten im bei papillomen. *Arb. a. d. Kaiserl. Gesundheitsh.*, 1905, 22, p. 527-34 et *Berl. Klin. Woch.*, 1905, p. 673 et 726.

SCHULLMANN. — La pratique Méd. française, 1929, p. 397.

SÉGUIN. — Le granule spirochétogène. Etude morphologique et biol. *Ann. Derm. et Syph.*, 1939, 40, X, p. 833-61.

- SÉZARY. — Le traitement de la syphilis. Masson, 1933.
- SIMON. — Lettres à un médecin sur la dermatologie et la vénéorologie. Masson, 1930.
- Nouvelles lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéorologie. Masson, 1935.
- SIMON et MOLLINEDO. — Diagnostic de la syphilis par la recherche « du granule spirochétogène ». *Presse méd.*, 1940, p. 513-16.
- Présence dans les adénites primaires syphilitiques, de formes minuscules de tréponème pâle, munies d'un filament terminal ; présence constatée avant l'apparition des formes typiques spiralées et après la disparition de celles-ci. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1937, 9-2046-9.
- Le granule spirochétogène dans les gommages syphilitiques cutanées. *Presse méd.*, 1941, p. 464-6.
- SPENCE. — Prevention of venereal disease after exposure to infection. *Lancet*, 1939, 2, p. 1379.
- SPILLMANN. — L'évolution de la lutte contre la syphilis.
- STROESCO et VAISURAN. — La syphilis expérimentale clinique, ment inapparente de la souris. *Ann. Inst. Past.*, 1937, 59, p. 403-36.
- TOURAINE. — Le bilan pathologique de la syphilis. *La Prophyl. antivén.*, 1941, p. 400-26.
- ZETTNOW. — Färbung und Teilung bei Spirochaeten. *Zeiss. f. Hyg. u. Inf. Krankh.*, 1906, 52, p. 485-92.
-

27. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris (N° 31.0939). — 6-45

